



ANGEHÖRIGENBERATUNG e.V. Nürnberg

Beitrittserklärung

Ich werde Mitglied der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg
Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg
www.angehoerigenberatung-nbg.de

(Name Vorname)

(Straße Hausnummer)

(PLZ Ort)

(Telefon)

(E-Mail)

(Geburtsdatum)

Der Jahresbeitrag von **40,- EUR**

- soll einmal jährlich von meinem Konto abgebucht werden. Hiermit erteile ich der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg eine Einzugsermächtigung für ein SEPA-Mandat von meinem Konto

SEPA-Lastschriftmandat

Angehörigenberatung e.V. Nürnberg, Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE52ZZZ00000299539

Mandatsreferenz:

Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Angehörigenberatung e.V. Nürnberg widerruflich, den von mir jeweils zum **01. März** zu entrichtenden Jahresbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BIC Kreditinstitut

Name Kreditinstitut

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

-
- überweise ich auf das Konto der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg bei der Sparkasse Nürnberg
IBAN: DE67 7605 0101 0001 3674 98
BIC: SSKNDE77XXX

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Ort, Datum,

Unterschrift